

# RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO PLANO LOCAL DE SAÚDE

2014-2016

---

**Unidade de Saúde Pública  
ACeS Cávado I - Braga**

Braga, abril de 2017



## Ficha Técnica:

### **Título**

Plano Local de Saúde 2014-2016 – Relatório de Avaliação

### **Editor**

ACES Cávado I – Braga  
Largo Paulo Orósio  
Braga

### **Diretora Executiva**

Cristina Ferreira

### **Unidade de Saúde Pública de Braga**

*Coordenador*

João Manuel Cruz

*Morada*

Praceta do Vilar – S. Victor  
4710- 453 Braga

### **Autoria**

João Manuel Cruz

Maria Amparo Barreiro

Luís Sousa

Daniela Costa

Luísa Dias

Renato Marinho

### **E-mail de contacto**

[uspbraga@acesbraga.min-saude.pt](mailto:uspbraga@acesbraga.min-saude.pt)

---

## Índice:

<b>1. Introdução</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Metodologia</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Resultados</b> .....	<b>6</b>
3.1. Resultados do processo .....	6
3.2. Resultados de saúde .....	8
<b>4. Conclusões</b> .....	<b>9</b>
4.1 Processo.....	9
4.2 Resultados.....	9
<b>5. Recomendações</b> .....	<b>11</b>
5.1. Melhorar/modificar procedimentos.....	11

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b> - Indicadores Chave de Avaliação do PLS .....	<b>8</b>
---	----------

## Siglas e abreviaturas:

**ACeS** – Agrupamentos de Centros de Saúde

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

**ARSNorte** – Administração Regional de Saúde do Norte

**DSP** – Departamento de Saúde Pública

**GDH** – Base de Dados Nacional de Grupos de Diagnósticos Homogéneos

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**M&A** – Monitorização e Avaliação

**ONG's** – Organizações Não Governamentais

**PLS** – Plano Local de Saúde

**SIARS** – Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde

**TBM** – Taxa Bruta de Mortalidade

**TMP** – Taxa de Mortalidade Padronizada

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**USP** – Unidade de Saúde Pública

## 1. Introdução

O presente documento constitui o Relatório de Avaliação do Plano Local de Saúde (PLS) 2014-2016. Em 2015, foi realizada uma análise intercalar, o que permitiu conhecer o que foi feito e identificar o que ainda faltava fazer até o final do processo de implementação.

Este documento organiza-se de acordo com as orientações do Departamento de Saúde Pública da ARSNorte, e tem como base os elementos essenciais relativos aos indicadores chave de monitorização e avaliação definidos no capítulo 7 (página 57) do PLS 2014-2016 do ACeS Cávado I Braga.

No relatório será efetuada uma abordagem à metodologia aplicada para a recolha da informação, ao processo de implementação, aos resultados obtidos, às recomendações para o cumprimento das metas definidas, bem como aos principais constrangimentos e dificuldades sentidas desde o início do processo.

Com esta avaliação pretende-se contribuir para a dinamização do PLS desenvolvendo estratégias mais ajustadas e que proporcionem mais e melhores anos de vida com saúde à população de Braga.

## 2. Metodologia

A metodologia utilizada na avaliação do Plano Local de Saúde segue as orientações propostas no documento “PLANOS LOCAIS DE SAÚDE: Termos de referência para a sua construção” (2011) do Departamento de Saúde Pública da ARSNORTE, IP.

Os indicadores selecionados e as metas definidas durante o processo de planeamento tiveram em conta as principais necessidades de saúde da população, os serviços que estão a ser prestados e a capacidade de implementar o respetivo sistema de monitorização.

A metodologia adotada para a recolha de informação referente aos indicadores em avaliação foi fundamentalmente a pesquisa de dados nas seguintes fontes: Sistema de Informação da ARSNorte (SIARS), Instituto Nacional de Estatística (INE), Base de Dados Nacional de Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) e Mapa de Avaliação da Saúde Escolar (ano letivo 2015/2016).

Para atingir os objetivos definidos o Plano Local de Saúde teve como principais intervenientes os órgãos de gestão e a Unidade de Saúde Pública (USP) do ACeS. A envolvência da comunidade foi procurada através da apresentação pública do PLS a algumas entidades, nomeadamente Câmara de Braga, Hospital de Braga, Universidade do Minho, Cruz Vermelha Portuguesa, Associação Industrial do Minho e Agrupamentos de Escolas de Braga.

### 3. Resultados

#### 3.1. Resultados do processo

O processo de construção do PLS foi iniciado em 2011, mas só foi concretizado em 2014. Na sua elaboração esteve envolvida uma equipa multidisciplinar constituída por profissionais da USP, com o apoio do Diretor Executivo e Conselho Clínico e de Saúde do ACeS.

O diagnóstico de situação de saúde, a definição de estratégias de saúde, a definição de objetivos de saúde e o relatório de monitorização e avaliação foram os componentes mais presentes no PLS. Porém, salienta-se que a comunicação foi incompleta, dado que não existiu um plano de comunicação, existindo apenas uma comunicação interna e externa para dar a conhecer o PLS.

A comunicação decorreu com a apresentação pública do PLS, no dia 1 de outubro de 2014, no Auditório da Associação Industrial do Minho. Esta apresentação estava integrada no Programa de Conferências da ARSNorte “O Norte e a Saúde 2014”, onde estiveram presentes representantes da ARSNorte, o Diretor Executivo, o Conselho Clínico e de Saúde, bem como Coordenadores e outros profissionais das Unidades Funcionais do ACeS, representantes do Hospital de Braga, Universidade do Minho, Associação Industrial do Minho, Cruz Vermelha Portuguesa, ONG’s e representantes das Escolas de Braga. Esta apresentação tinha como finalidade que todos os possíveis intervenientes tomassem conhecimento das necessidades de saúde da população. No decorrer desta apresentação foram solicitados contributos para selecionar estratégias e definir objetivos. O PLS ficou em discussão pública, durante um mês, mas não houve contributos no período estabelecido.

O PLS foi divulgado integralmente para ARSNorte, Câmara Municipal de Braga e também para outras entidades que o solicitaram, nomeadamente o Hospital de Braga. No *site* da DGS foi feita uma publicação *on-line* em 6 de novembro de 2015, onde foi divulgada uma Resenha dos Planos de Saúde, na qual constava a súmula do PLS do ACeS de Braga.

As dificuldades encontradas na construção do PLS estiveram relacionadas com fatores internos e externos. O processo de reconfiguração dos serviços de saúde, não proporcionou a estabilidade necessária para construção do PLS e para o envolvimento dos órgãos de gestão; os recursos humanos escassos levaram a priorizar outras atividades em detrimento do PLS; a falta de treino para definir os indicadores de monitorização e avaliação do plano; a falta de um plano de comunicação; a dificuldade em aceder a dados completos e atualizados, de forma gratuita; a

qualidade dos dados, que é muitas vezes questionável, dado estes poderem ter como base a população inscrita e não a população residente; a instabilidade organizacional referida, no momento inicial do processo, também não facilitou o estabelecimento de parcerias com outras entidades relevantes; e por último, o início do processo de contratualização que não proporcionou condições para uma colaboração das unidades funcionais do ACeS, pelo facto deste processo nem sempre ir ao encontro das necessidades de saúde identificadas no PLS.



### 3.2. Resultados de saúde

Os indicadores chave relativos à monitorização e avaliação do Plano Local de Saúde, as metas definidas, bem como os resultados atingidos em 2016 estão representados no quadro 1.

**Quadro 1.** Indicadores Chave de M&A do PLS

INDICADORES	FONTE DE DADOS	Monitorização e Avaliação		
		META 2016	Resultados 2016	
			Valor	Período de Referência
TBM prematura por doenças cerebrovasculares (/100000 habitantes)	INE	8,1	5,2	2015
TMP prematura por Tumor Maligno da Mama Feminino (/100000 habitantes)	INE	<17,3	14,2	2013-2015
TBM prematura por Tumor Maligno de Estômago (/100000 habitantes)	INE	12,5	9,7	2015
TBM prematura por Tumor Maligno de Traqueia, Brônquios e Pulmão (/100000 habitantes)	INE	14	16,2	2015
TBM prematura por Tumor Maligno de Cólon e Reto (/100000 habitantes)	INE	3,7	7,1	2015
Incidência de amputações major nos membros inferiores em diabéticos/10000 residentes	GDH/ACSS	0,2	0,4	2014
Taxa de internamento por doença cerebrovascular/10000 residentes (0-64 anos)	GDH/ACSS	4,1	5,7	2014
Proporção de hipertensos, com acompanhamento adequado	SIARS	35	65,4	2016
Proporção de utentes (> = 14 anos), com registo de hábitos tabágicos	SIARS	75	78,3	2016
Proporção de utentes (>=14anos), com registo de consumo de álcool	SIARS	75	77,8	2016
Proporção de crianças inscritas entre os 6 e os 8 anos com Obesidade	SIARS	<10,1	4,5	2016
Proporção de crianças escolarizadas (JI e 1º e 2º ciclos) alvo de intervenção curricular - Alimentação saudável	Mapa da SE	50	81,3	Ano letivo 2015/2016
Proporção de crianças escolarizadas (7º ao 9º ano) alvo de intervenção curricular - prevenção do tabagismo	Mapa da SE	25	23,3	Ano letivo 2015/2016

Para o cálculo da TBM prematura e TMP prematura foi considerado o grupo etário inferior a 65 anos de idade.

## 4. Conclusões

### 4.1 Processo

O componente do PLS mais facilmente desenvolvido foi o diagnóstico de situação de saúde (que inclui a identificação e hierarquização dos principais problemas e necessidades de saúde da população) e a definição de estratégias e objetivos de saúde.

A falta de dados e de treino dos profissionais dificultou o desenvolvimento do plano de monitorização e avaliação.

A falta de autonomia da USP para a comunicação e a instabilidade organizacional dos serviços no início do processo dificultaram a elaboração de um plano de comunicação.

Esta falta de autonomia também foi um dos obstáculos à utilização de metodologias de promoção à participação dos parceiros internos e externos no processo de construção e implementação do PLS.

O processo de construção do PLS envolveu, sobretudo, os profissionais da USP do ACeS, não existindo a disponibilidade de envolver parceiros internos e externos ao setor da saúde.

A liderança dos Diretores Executivos do ACeS e o envolvimento dos Conselhos Clínicos e de Saúde são imprescindíveis para o sucesso do processo de implementação do PLS.

No que respeita aos indicadores de contratualização, tem vindo a observar-se uma evolução positiva em termos do alinhamento destes com os PLS.

### 4.2 Resultados

Como se pode verificar no quadro 1, consideramos atingidos os seguintes objetivos:

- TBM prematura por doenças cerebrovasculares;
- TMP por Tumor Maligno da Mama Feminino;
- TBM prematura por Tumor Maligno de Estômago;
- Proporção de hipertensos, com acompanhamento adequado;
- Proporção de utentes (> = 14 anos), com registo de hábitos tabágicos;
- Proporção de utentes (>=14anos), com registo de consumo de álcool;
- Proporção de crianças inscritas entre os 6 e os 8 anos com Obesidade;
- Proporção de crianças escolarizadas (JI e 1º e 2º ciclos) alvo de intervenção curricular - Alimentação saudável.

Por outro lado, os resultados de alguns objetivos não só não foram atingidos, como também pioraram, sendo eles:

- TBM prematura por Tumor Maligno de Traqueia, Brônquios e Pulmão;
- TBM prematura por Tumor Maligno de Cólon e Reto;
- Incidência de amputações major, Membros Inferiores, em diabéticos;
- Taxa de internamento por doença cerebrovascular (0-64 anos).

O indicador relativo a proporção de crianças escolarizadas (7º ao 9º ano) alvo de intervenção curricular - prevenção do tabagismo também não foi atingido. Contudo, o valor atingido melhorou substancialmente, tendo sido conseguido pela implementação do PELT nas escolas da área de influência de uma das três UCC do ACeS.

## 5. Recomendações

A organização dos recursos profissionais da USP com formação específica em Planejamento em Saúde deve afetar horas para o planejamento em saúde.

Comunicar interna e externamente a avaliação do PLS, nomeadamente o que está a ser feito e o que é necessário fazer, contribuindo para a satisfação das necessidades de saúde prioritizadas.

Sensibilizar os profissionais do ACeS da importância do PLS, identificando dentro das suas atividades, aquelas que contribuem para os objetivos de melhoria da saúde.

Assentar nas várias agendas (internas e externas ao setor público da saúde) as necessidades de saúde da população. Haverá que beneficiar do Conselho da Comunidade e das parcerias já estabelecidas (noutros âmbitos) para assim os comprometer na implementação do PLS.

### 5.1. Melhorar/modificar procedimentos

Para a implementação do PLS é necessário definir procedimentos que permitam identificar, analisar e comunicar o que cada parceiro faz e o que falta fazer, ou seja, que permitam instituir uma ponte entre as atividades efetuadas e os objetivos de saúde expressos no PLS.

O processo de contratualização deve ser um instrumento de alinhamento para os diversos planos de atividades das unidades funcionais do ACeS, permitindo assim, uma integração dos processos de planeamento de base populacional e de base institucional (Planos de Atividades, Planos de Desempenho ou outros).

É necessário implementar um Plano de Comunicação efetivo com o objetivo de capacitar todos os parceiros (internos e externos) envolvidos e informar sobre os resultados obtidos na implementação do PLS. Deverão ser incluídos, neste plano, os processos de identificação das necessidades de saúde sentidas pela população e a discussão das estratégias de saúde com os principais parceiros da comunidade.

Do mesmo modo, deverá aproveitar-se esta avaliação para envolver os parceiros (internos e externos) no processo de implementação do PLS 2014-2016, que se prolongará até 2020.

Sugere-se uma análise e reflexão sobre os indicadores que não foram alcançados e intensificar todas as intervenções possíveis para melhorar os resultados destes indicadores. Relativamente à TBM prematura por Tumor Maligno de Traqueia, Brônquios e Pulmão é necessário um maior

investimento e dedicação na prevenção do tabagismo. Sugere-se o alargamento da implementação do Programa de Escolas Livres de Tabaco e da consulta de Cessação Tabágica.

No que se refere aos dados necessários para a construção dos PLS, é de corroborar a necessidade de melhores registos de saúde.

Considerando que a participação precoce, o grau de compromisso e o apoio de cada uma das principais partes interessadas são os três fatores-chave para o sucesso da implementação do PLS, deverá ser feito um esforço para um maior compromisso dos intervenientes neste processo. Neste contexto, realça-se a importância dos órgãos de gestão do ACeS na sua liderança.